

FICHE DE NOTIFICATION DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE (VERSION COURTE)

Numéro
d'identification
du patient :

Date de Notification: ___/___/___ (J, M, A)

Section 1. Information sur le Patient

Nom de Famille : _____ Autres Noms : _____

Age: _____ Ans Mois Sexe: Masculin Féminin

Numéro de Téléphone (Patient/famille): _____

Etat du patient à la date de notification : Vivant Décédé Si décédé, Date du Décès: ___/___/___ (J, M, A)

Lieu de Résidence Permanente :

Nom du Chef de Famille : _____ Pays : _____ Région : _____

Préfecture : _____ Sous-préfecture : _____ Village/Ville : _____

Occupation :

Personnel de santé; Position : _____ Nom du centre médical : _____

Autre; précisez : _____

Endroit où le patient est tombé malade : Pays : _____ Préfecture : _____

Sous-préfecture : _____ Village/Ville : _____

Section 2. Signes Cliniques et Symptômes

Date du début des signes et symptômes : ___/___/___ (J, M, A)

Veillez marquer une réponse pour CHAQUE symptôme indiquant s'il est survenu pendant cette maladie :

Fièvre Oui Non Inc

Nausées / vomissements Oui Non Inc

Diarrhées Oui Non Inc

Fatigue générale intense Oui Non Inc

Perte d'appétit / anorexie Oui Non Inc

Douleurs abdominales Oui Non Inc

Douleurs thoraciques Oui Non Inc

Douleurs musculaires Oui Non Inc

Douleurs articulaires Oui Non Inc

Céphalées Oui Non Inc

Toux Oui Non Inc

Difficultés à respirer Oui Non Inc

Difficultés à avaler Oui Non Inc

Mal à la gorge Oui Non Inc

Conjonctivite (œil rouge) Oui Non Inc

Eruptions cutanées Oui Non Inc

Hoquet Oui Non Inc

Saignements inexplicables Oui Non Inc

Si oui, précisez: _____

Autres signes cliniques non-hémorragiques :

Oui Non Inc Si oui, précisez: _____

Section 3. Informations sur l'Hospitalisation

Au moment de cette notification, le patient est-il hospitalisé ou en cours d'admission à l'hôpital? Oui Non

Si oui, Date d'hospitalisation : ___/___/___ (J, M, A) Nom du centre médical : _____

Préfecture : _____ Village/Ville : _____

Le patient est-il dans un CTE (isolement) or en cours d'isolement? Oui Non

Si oui, date d'isolement/admission au CTE : ___/___/___ (J, M, A)

Le patient était-il hospitalisé ailleurs ou a-t-il visité un autre centre médical pour cette maladie?

Oui Non Inc

Si oui, Dates d'hospitalisation : ___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A)

Nom du centre médical : _____ Préfecture : _____ Village/Ville : _____

Section 4. Epidémiologie / Facteurs d'Expositions

PENDANT LE MOIS PRÉCÉDENT LE DÉBUT DES SYMPTÔMES:

1. Le patient a-t-il eu des contacts avec un malade Ebola ou avec une personne malade? Oui Non Inc

Si oui, veuillez compléter une ligne pour chacun des malades qui pouvant être une source de contamination :

Nom du cas source	Lien de parenté	Date de dernier contact (J, M, A)	Préfecture	Village/Ville	Est-ce que le malade était vivant ou décédé ?
		___/___/___			<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé, date du décès : ___/___/___ (J, M, A)
		___/___/___			<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé, date du décès : ___/___/___ (J, M, A)

2. Le patient a-t-il participé à des funérailles avant de tomber malade ? Oui Non Inc

Si oui, Nom du Décès : _____ Lien de parenté: _____

Date des funérailles : ___/___/___ (J, M, A) Préfecture : _____ Village/Ville : _____

Le patient a-t-il porté ou touché le corps du décès ? Oui Non

3. Le patient a-t-il voyagé en dehors de son village/ville avant de tomber malade ? Oui Non Inc

Si oui, Préfecture : _____ Village/Ville : _____ Date(s) : ___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A)

Section 5. Prélèvements Biologiques pour le Laboratoire

Est-ce qu'un prélèvement a déjà été soumis pour ce malade ? Oui Non

Ce prélèvement soumis par : Nom : _____ Centre médical : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Prélèvement 1 :

Date du prélèvement : ___/___/___ (J, M, A)

Type de prélèvement :

- Sang complet
 Ponction cardiaque (*post-mortem*)
 Biopsie de peau
 Swab orale
 Autre prélèvement, précisez: _____

Prélèvement 2 :

Date du prélèvement : ___/___/___ (J, M, A)

Type de prélèvement :

- Sang complet
 Ponction cardiaque (*post-mortem*)
 Biopsie de peau
 Swab orale
 Autre prélèvement, précisez: _____

Section 6. Fiche de Notification Complétée par :

Nom : _____ Téléphone : _____ E-mail : _____

Section 7. Statut Final du Patient

Veuillez remplir cette section lorsque le patient est sorti guéri de l'hôpital OU lorsqu'il est décédé

Date à laquelle les informations du statut final sont rapportées : ___/___/___ (J, M, A)

Statut Final du Patient: Vivant/Guéri Décédé

Si le patient est sorti guéri de l'hôpital :

Nom de l'hôpital : _____ Préfecture : _____

Si le patient était en isolement dans un CTE, Date de sortie de la zone d'isolement : ___/___/___ (J, M, A)

Date de sortie de l'hôpital : ___/___/___ (J, M, A)

Si le patient est décédé :

Date du Décès : ___/___/___ (J, M, A)

Lieu du Décès : Communautaire Hôpital : _____ Préfecture : _____

Date des Funérailles : ___/___/___ (J, M, A) Funérailles organisées par : Famille/communautaire Equipe d'enterrement

Lieu des funérailles: Préfecture: _____ Sous-Préfecture : _____ Village/Ville: _____